

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

POUR

N° 247

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri VADIER

Né le 16 Février 1899 à Lusignan (Vienne)

CONTRIBUTIONS

à l'Étude de l'Adénite Serique

Président : M. Le Professeur Marcel LABBÉ

PARIS

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 15

1925

548

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Henri VADIER

Né le 16 Février 1899 à Lnsignan (Vienne)

CONTRIBUTIONS à l'Étude de l'Adenite Serique

Président : M. Le Professeur Marcel LABBÉ

PARIS
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1925

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique otho-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI . . Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
ALGRAVE . . Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.	LE LORIER . . Obstétrique.
BASSET . . Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN . . Pathologie médicale.	LEMIERRE . . Pathologie médicale.
BINET . . . Physiologie.	LÉVY SOLAL. Obstétrique.
BLANCHETIÈRE . Chimie biologique.	LHERMITTE . Pathologie mentale.
BRANCA . . . Histologie.	LIAN. . . . Pathologie médicale.
BRULÉ . . . Pathologie médicale.	MATHIEU . . Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET . . Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER . . Obstétrique.
CADENAT . . Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT . . Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY . . . Histologie.	MONDOR . . Pathologie chirurgi- cale.
CHIREY . . . Pathologie médicale.	MOURE . . . Pathologie chirurgi- cale.
CLERC . . . Pathologie médicale.	MULON . . . Histologie.
DEBRÉ . . . Hygiène.	PHILIBERT . Bactériologie.
I. de JONC. . Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.	RICHET Fils . Physiologie.
ÉCALLE . . . Obstétrique.	ROUVIÈRE . Anatomie.
FIESSINGER . Pathologie médicale.	TANON . . . Pathologie médicale.
FOIX . . . Pathologie médicale.	TIFFENEAU . Pharmacologie et ma- tière médicale.
GARNIER . . Pathologie experimen- tale.	VAUDESCAL. Obstétrique.
HARVIER . . Pathologie médicale.	VERNE . . . Histologie.
HEITZ BOYER . Urologie.	VILLARET . Pathologie médicale.
HOVELACQUE . Anatomie.	WELTER . . Ophtalmologie.
JOYEUX . . . Parasitologie.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
CAMUS. . . . Physiologie.	RETTERRER . Histologie.
GOUGEROT . Pathologie médicale.	ROUSSY . . . Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT . . Obstétrique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . .	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale. infantile.
CHEVASSU .	Clinique chirurgicale.	PROUST . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	RATHERY. .	Clinique médicale.
LEREBoullet .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LERI . . .	Clinique médicale.	TERRIEN . .	Clinique ophtalmolo- gique.
LÉPER. . .	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomalogie.
N		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD . .		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES GRANDS PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le PROFESSEUR Marcel LABBE

Professeur de Pathologie générale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le DOCTEUR J. SÉBILLEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin des Hôpitaux

Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes

Chevalier de la Légion d'Honneur

A qui je tiens à exprimer ma vive et respectueuse reconnaissance pour m'avoir inspiré ce travail et aidé de ses conseils bienveillants et éclairés.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE POITIERS



A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ADENITE SERIQUE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service des contagieux de l'Hôpital St-Jacques à Nantes, un certain nombre de réactions ganglionnaires locales survenant brusquement au cours de la convalescence de la diphthérie, alors que l'angine était complètement disparue, et le bacille de Löffler souvent absent dans le prélèvement. Ces adenites constituent pour nous une des manifestations de la maladie sérique.

Nous nous sommes proposés d'étudier cet accident de la serothérapie, l'adenite serique, qui nous paraît intéressant au point de vue de la pathogénie de la maladie du sérum, et que la plupart des auteurs, passent sous silence ou sur lequel ils n'insistent pas.

Notre étude comprendra :

- 1) Un aperçu historique.
- 2) Symptomatologie.
- 3) Diagnostic et pronostic.
- 4) Un exposé pathogénique.
- 5) Traitement.

6) L'étude des quelques cas cliniques que nous avons observés personnellement, parmi les plus typiques dans leur évolution, et les résumés de plusieurs observations publiées par les auteurs.

HISTORIQUE

Dans les classiques, nous trouvons signalée la présence d'adenites plus ou moins localisées dans les territoires correspondants aux points où l'injection a été faite. La plupart des auteurs la voient survenir au cours de l'érythème lorsqu'il est généralisé.

Von Pirquet en 1905 signale des adenites survenant après les injections de sérum et indépendamment de toute éruption.

Rolleston a suivi plus d'un millier d'adenites au cours et dans la convalescence de la diphtérie, parmi lesquelles des adenites seriques. Il publie un mémoire en 1909. (Sur 1530 cas de diphtérie observés au Grove Hospital, 1472 avaient été injectés. Les adenites furent notées 147 fois, (9,6 p. 100), dans 133 cas (9,03 p. 100, de ceux qui avaient été injectés l'adenite était associée à d'autres accidents seriques).

Dans les statistiques des services de diphtérie nous avons trouvé signalés les adenites. En 1912, Martin en parle sans insister ; il rapporte un cas avec adenite généralisée.

En 1916, Netter signale que l'engorgement ganglionnaire accompagne fréquemment l'éruption dans la maladie serique.

En 1916 également, P. Vallery-Radot dit avoir vu souvent des adenites au cours de la convalescence de la diphtérie accompagnées d'erythèmes ou d'autres manifestations dues au sérum. Il en a même vu constituant le seul accident de la maladie serique. Il rapporte également un cas où l'adenopathie fut générale et concomitante avec l'hypertrophie de la rate, l'anémie et des troubles généraux et fonctionnels graves, indiquant une réaction générale des organes lymphoïdes.

Bouche et Hustin ont produit des adenites localisées par des injections de sérum de cheval pur.

En 1923, MM. G. Mouriquand et J. Dechaume, publient 9 observations d'adenites seriques, et montrent qu'il y a 2 formes. La forme pure et la forme associée.

En janvier 1924, MM. Monriquand, Girardot et Bouvier, rapportent 3 observations très typiques de réaction ganglionnaire locale au cours de la serotherapie antidiphtérique, ces 3 cas résument l'aspect clinique de ce que MM. Moriquand et Dechaume désignent comme la « forme pure. »

SYMPTOMATOLOGIE

On peut décrire trois formes de l'adenite sérique comme manifestation de la maladie du sérum.

- I. Forme pure.
- II. Forme mixte.
- III. Forme avec infection secondaire.

I. Forme pure.

Tout est rentré dans l'ordre au point de vue de l'angine, les fausses membranes sont disparues, la température est normale, l'état général bon, le bacille de Löffler est absent dans le prélèvement, quand brusquement du 7^e au 11^e jour après les injections de sérum, éclatent les accidents sériques ; dans le cas qui nous occupe, l'adenopathie ganglionnaire peut être le premier signe, quelquefois au contraire l'adenopathie apparaît au milieu d'autres accidents : éruptions, arthralgies, etc.

Le début de l'adenite sérique s'accompagne toujours d'une élévation de température, elle se maintient élevée avec quelques oscillations pendant toute la période inflammatoire ; elle descend dès que l'inflammation

ganglionnaire commence à diminuer, pour revenir rapidement à la normale, et remonter de nouveau s'il y a une nouvelle poussée ganglionnaire sérique.

Un point important à retenir, car il est intéressant au point de vue du diagnostic, c'est la rapidité avec laquelle cette adenopathie se constitue: En quelques heures seulement, le ou les ganglions intéressés augmentent considérablement de volume avec un caractère inflammatoire très net; d'autre part l'adenopathie sérique peut évoluer par poussées successives tout comme les poussées éruptives, les arthralgies et autres accidents dus à la serothérapie.

L'adenite sérique atteint généralement les ganglions sous-maxillaires ou cervicaux qui ont été d'abord touchés lors de l'angine. L'adenite généralisée signalée par certains auteurs (Martin) semble excessivement rare, nous ne l'avons jamais rencontrée.

La douleur est un phénomène constant, exagérée par les mouvements du malade lorsqu'il veut tourner la tête et par la palpation. La dysphagie est fréquente, quelquefois même on note du trismus.

L'adenopathie est plus ou moins considérable, souvent unilatérale. On retrouve les caractères de l'inflammation, chaleur, douleur et rougeur. Les tissus voisins peuvent être intéressés (periadenite), à la palpation on sent une masse ganglionnaire, indurée, souvent adhérente aux plans sous-jacents. L'évolution de cette forme est très rapide, en quelques jours, la résolution est complète.

II. Forme mixte

Elle diffère de la forme pure, par la présence de B. de Lôffler dans le prélèvement au moment des accidents sériques. Comme nous le verront plus loin il est difficile de faire la part de ce qui revient au Bacille de Lôffler et à la maladie du sérum, dans l'étiologie de cette forme. L'évolution un peu moins rapide que la précédente se fait cependant en quelques jours vers la résolution complète.

III. Forme avec infection secondaire

L'évolution de l'adenite ne se fait pas aussi rapidement que dans les formes précédentes, différents microbes saprophytes, streptocoques et staphylocoques le plus souvent ont pénétré dans les territoires lymphatiques à la faveur des tissus atteints par l'inflammation, et congestionnés. L'adenopathie devient de plus en plus volumineuse, sans limites nettes avec les tissus voisins.

Il y a des phénomènes généraux, la température est à grandes oscillations, enfin il y a suppuration, et la collection se vide à l'extérieur soit spontanément, soit le plus souvent après incision.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Dans la forme pure l'Adenite serique est reconnue par

- 1) la présence des autres accidents seriques évoluant parallèlement ;
- 2) la notion de la serotherapie antérieure ;
- 3) l'apparition de l'adenite alors que tous les symptômes locaux sont disparus et le malade apyrétique.
- 4) Le début coïncide généralement avec une élévation de température. L'examen somatique ne permet pas de l'expliquer.
- 5) La rapidité de son évolution : en quelques heures elle augmente brusquement de volume, en quelques jours elle disparaît.

Si l'Adenite survient tardivement (Obs. III) alors que les autres accidents seriques sont disparus, il faut exclure : l'amygdalite, la rechute de diphtérie, et enfin les adenopathies tuberculeuses qui peuvent subir dans la convalescence de la diphtérie une recrudescence due à l'état de moindre résistance de l'organisme, mais l'évolution différente vient signer le diagnostic.

Dans les formes mixtes et avec infection secondaire, le diagnostic est encore facile si l'adenite débute ou

évolue parallèlement à l'éruption serique, il est plus difficile si elle en est la seule manifestation, ce qui est excessivement rare.

La notion de la serotherapie antérieure et la connaissance de cette adenite serique suffiront à y faire penser.

Moins facile sera à faire la part qui revient à l'accident serique, ou à une rechute, à une complication infectieuse secondaire ganglionnaire.

D'autre part, la tuméfaction du pharynx, sa rougeur et les symptômes fonctionnels qui l'accompagnent à ce moment : dysphagie, enrouement, douleur, etc., peuvent dépendre de la maladie serique elle-même se manifestant par un exaathème qui donne tous ces symptômes pseudo-angineux. (Netter).

Le pronostic de l'adenite serique est celui de tous les accidents seriques en général, c'est-à-dire bénin ; il ne doit donc en aucun cas intervenir pour nous empêcher de faire du serum. Il est également important de rappeler que cet accident n'a aucun rapport avec la quantité totale de serum injectée, et ceci est intéressant depuis que la plupart des auteurs préconisent l'emploi de hautes doses de serum dans la diphtérie, cependant que d'autres y sont encore refractaires.

L'évolution de la forme pure est très rapide, la disparition sans sequelles est la règle.

Dans les formes mixtes et avec infections secondaires le pronostic est un peu moins bénin en raison de l'infection secondaire à streptocoque notamment. C'est la suppuration et l'incision, ou bien dans d'autres cas la rechute de l'angine ou sa persistance.

PATHOGÉNIE

Est-ce que ces adenites survenant pendant la convalescence de la diphtérie sont bien d'origine serique ?

Marfan conclut en 1905 que les seuls accidents relevant sûrement et uniquement du serum sont :

1° L'urticaire. 2°) Les erythèmes localisés ou ponctiformes ou en plaques diffuses, erythèmes fugaces et apyretiques. 3°) Les phénomènes douloureux (arthralgies et myalgies).

Depuis la majorité des auteurs s'accordent pour élargir considérablement le cadre des accidents dûs à la serotherapie.

Certains auteurs admettent que les adenites dont nous parlons sont dues à des infections secondaires par les microbes de la bouche que transportent plus que tout autre les individus déjà infectés par le Löffler. D'autres encore voient dans ces adenites une manifestation du bacille de Löffler lui-même ou de la toxine diphtérique, opinion assez vraisemblable d'ailleurs puisque les paralysies diphtériques, les myocardites et autres complications dues à la toxine se manifestent de façon semblable alors que le bacille de Löffler est absent bien souvent dans le prélèvement. Cependant

il semble bien que dans certains cas du moins, il n'en soit pas ainsi, puisque dans certaines de nos observations, les examens bactériologiques, l'allure clinique avec ce début et cette fin brutale ne sont pas en faveur d'une infection secondaire, surtout lorsque l'adenite évolue parallèlement aux autres accidents seriques.

Quel est le mécanisme de l'engorgement ganglionnaire ? Pour Widal et Rostaine et bien d'autres auteurs, il existe un fait incontestable : les accidents serothérapiques sont en rapport avec la formation d'anticorps dans le sang des malades, mais la nature des relations qui existent entre les accidents de serum et les anticorps ne peut encore être l'objet que de théories hypothétiques.

Il est également un autre fait admis par tous les auteurs : au cours des accidents intenses, généralisés, fébriles, imputables à la serothérapie, on remarque d'une façon presque constante, in vitro, que le serum des malades contient des précipitines. On observe également une augmentation du nombre des leucocytes.

Pour les uns les accidents serothérapiques sont dus à des phénomènes de précipitation dans les vaisseaux capillaires (Théorie de Hamburger et Moro).

Dans le réseau des lacunes lymphatiques (Widal et Rostaine).

Pour d'autres ils sont dus à des modifications hémalogiques (rupture de l'équilibre hémolytique, et augmentation du nombre des leucocytes) (Vallery Radot).

Au point de vue de la pathogénie de l'Adenite seri-

que il n'est pas invraisemblable d'admettre que le serum heterogène en circulation serait précipité au contact des anticorps, dans les vaisseaux lymphatiques, qu'il se formerait ainsi de petites thromboses qui troubleraient cette circulation et provoquerait l'inflammation des glandes tributaires. Pourquoi cette localisation aux ganglions sous-maxillaires et cervicaux ? Parce que ce sont justement les ganglions les plus touchés par l'infection (microbe ou toxine), l'action nocive du serum s'exerce sur eux d'une façon presque elective. C'est dans le territoire lymphatique de ces ganglions que se trouvent les microbes vivants ou détruits, c'est là que les toxines sont les plus importantes, c'est là que pour certains auteurs, la réaction entre anticorps et antigène est la plus violente.

D'ailleurs certains auteurs parlent d'adenites seriques qui n'offrent point cette localisation. P. Vallery Radot rapporte un cas intéressant au cours de la serothérapie antidysenterique, l'hypertrophie de la rate chez ce malade fut concomittante à l'hypertrophie des ganglions axillaires et inginaux, indiquant une réaction générale des organes lymphoïdes.

Comme nous venons de le voir le serum antidiphthérique n'est pas le seul à produire ces accidents, puisque dans le cas précédent l'adenopathie est consécutive à la serothérapie antidysenterique.

Bouche et Hustin ont produit des adenites localisées par des injections de serum de cheval pur. Cependant nous devons le reconnaître, c'est dans la serothérapie

antidiphtérique que les accidents sont le plus fréquents, et cela constitue un argument en faveur de la spécificité du bacille ou de la toxine diphtérique à l'égard de ces adenites.

D'après Netter les accidents seriques ne sont point dus comme on l'avait cru au début à la toxine diphtérique ou à des produits de sa transformation, ou encore à l'antitoxine présente dans le sérum des animaux producteurs. Ils sont sous la dépendance de principes qui existent dans tout serum normal.

Certains auteurs pensent que l'adenite peut bien être sous la dépendance de réactions vasculaires locales.

Nous avons vu en opposition à ces idées, que la réaction vasculaire ne pouvait être la seule en cause, puisque l'adenite apparaît dans certains cas (Obs. I et II) avant l'éruption serique, ou même en est la seule manifestation (Von Pirquet).

La formule sanguine dans les adenites ne paraît pas présenter un intérêt considérable, un seul fait semble constant, c'est la leucocytose, et c'est justement lui qui est remarqué par tous les auteurs dans les accidents seriques en général. D'autre part les malades dont il s'agit viennent de faire une maladie infectieuse, où la leucocytose est assez fréquente également.

TRAITEMENT

Le traitement de l'adenite serique n'offre pas un intérêt considérable en raison du pronostic bénin de cette affection. Dans la forme pure on emploie le chlorure de calcium et l'adrénaline comme pour les autres accidents seriques. Les pansements humides chauds et les gargarismes, calment la douleur et la dysphagie. Dans les formes mixtes et avec infection secondaire on s'attachera en outre à faire l'antisepsie du rhinopharynx par les procédés habituels : s'il y a suppuration l'incision de la collection s'impose.

Enfin on a cherché en modifiant les qualités du serum employé, ou les réactions humorales qui se produisent au cours de la serothérapie, à diminuer la fréquence des accidents seriques.

On éviterait sans doute les accidents seriques s'il était possible d'isoler les principes immunisants des serums, et par conséquent de les débarrasser du mélange avec les principes du serum normal de cheval, qui tiennent sous leur dépendance les accidents, malheureusement cette séparation n'a pu encore être réalisée.

Signalons toutefois les tentatives de Gibson qui pré-

cipite les nucléo-proteïdes, la plupart des globulines, et avec elles les substances qui interviennent dans la préparation anaphylactique, le serum conserve les antitoxines.

MM. Carnot et Slavo ont proposé d'ajouter 3,3 p. 100 d'acide chlorhydrique au serum, pour modifier l'antigène de façon à lui enlever ses propriétés déchaînantes.

On a également utilisé le sulfate d'ammoniaque, le formol, le sulfate de magnésie, le chloroforme, l'iode, etc.

Le chauffage à 55° (Béclère).

L'emploi de serum retiré depuis plusieurs mois (Bufwid).

L'usage de serum doué d'un pouvoir immunisant très élevé (de façon à diminuer la quantité totale de serum normal de cheval employé).

L'emploi de serum desalbuminé.

L'élimination de serums particulièrement irritants de certains chevaux.

L'application de la méthode de Besredka (doses refractées de serum).

Les injections intraveineuses de solutions chlorurées, sodiques ou carbonatées sodiques pratiquées quotidiennement pendant les quelques jours post serothérapiques (Sicard).

Aucun des procédés employés n'a donné des résultats nettement satisfaisants ; seul le vieillissement et le chauffage amènent une diminution des propriétés toxiques et permettent de réduire d'une façon manifeste la fréquence des accidents.

OBSERVATIONS

I. FORME PURE

OBSERVATION I (Personnelle)

Fernand B....., 4 ans. — Entre dans le Service le 5 décembre, pour angine diphtérique. L'examen à l'entrée montre une angine avec fausses membranes très étendues recouvrant complètement la luette et tapissant les parois du pharynx. Pas d'adenopathie. Bacilles de Löffler dans le prélèvement. Albuminurie.

Les 6 jours suivants l'enfant reçoit en tout 285 cc. de serum. Le 11 décembre les fausses membranes ont disparu, le malade est apyrétique, il ne persiste plus qu'une légère albuminurie.

Le 20 décembre, soit 10 jours après la cessation du serum, la température s'élève ; on s'aperçoit que l'enfant a un gros ganglion carotidien à droite, dur et volumineux. Cette masse ganglionnaire s'est développée rapidement dans l'espace de quelques heures, la palpation en est très douloureuse, l'enfant a de la difficulté pour déglutir et pour tourner la tête. L'examen de la gorge à ce moment ne révèle rien de particulier, un ensemencement pratiqué ne révèle pas de bacilles de Löffler. L'albuminurie persiste.

Le 25 Décembre, soit 15 jours après la dernière piqûre de serum, on note pendant 1 heure à peine une petite éruption fugace. Les jours suivants l'éruption se montre de nouveau, mais pendant peu de temps chaque fois, le ganglion est stationnaire.

Le 27 Décembre, l'albuminurie persiste, la douleur cervicale et la dysphagie également, mais le ganglion diminue sensiblement de volume, on ne trouve rien à l'examen de la gorge.

Le 4 Janvier, l'albuminurie est disparue, l'adenite a fondu, le malade est apyrétique.

Le 12 Janvier, le malade quitte le Service.

OBSERVATION II (Personnelle)

G....., Anne-Marie, 18 ans. Entre le 21 Juin 1924 pour angine diphtérique ayant débuté il y a 5 jours. Le prélèvement révèle le bacille de Löffler en abondance. A l'examen : gorge rouge, œdème des piliers, traces de membranes sous l'amygdale droite, adenopathie cervicale bilatérale indolore, dysphagie. Temp. 38,5.

Les 3 jours suivants la malade reçoit en tout 140 cc. de serum.

L'angine disparaît, l'adenopathie également, sauf un petit ganglion qui persiste au niveau de l'angle droit du maxillaire. L'examen du prélèvement devient négatif. L'état de la malade s'améliore, elle recommence à manger et se lève.

Le 1^{er} Juillet, soit 7 jours après cessation du serum, la température remonte brusquement à 37,6, en même temps

la malade se plaint de son ganglion retro-maxillaire qui devient douloureux.

Le 2 Juillet, la température monte à 38,4, le ganglion augmente encore de volume, il est dur et mobile. Une éruption du type scartatiniforme apparaît, se localisant d'abord au niveau des piqûres de serum, puis se généralisant les jours suivants.

Le 5 Juillet, la malade se plaint de vives douleurs articulaires, le ganglion retro-maxillaire est redevenu indolore. La température est à 37,8.

Le 6 Juillet, la température monte à 39,4, le ganglion retro-maxillaire devient de nouveau douloureux, la dysphagie est presque complète. La malade est très abattue.

Le 7 Juillet, la température monte à 40,2. Le ganglion atteint le volume d'un œuf de pigeon, toute la région est enflammée et douloureuse, mais on ne sent pas de fluctuation. La gorge est très rouge, la paroi latérale droite du pharynx est œdématisée. La douleur est extrêmement vive empêchant presque la malade d'ouvrir la bouche, et de tourner la tête. Dysphagie complète, céphalée. L'éruption et les douleurs articulaires disparaissent. On note de l'albumine dans les urines. Administration de chlorure de calcium et adrénaline.

Le 9 Juillet, la température baisse, la douleur persiste encore, mais le volume des ganglions diminue. dysphagie légère.

Le 10 Juillet, sédation brusque des phénomènes, la température est redevenue normale, la dysphagie a complètement disparu, ainsi que les douleurs. Bon état général.

Du 10 au 15 Juillet, l'état de la malade s'améliore de plus en plus, l'adénopathie disparaît complètement. L'albuminurie disparaît. La malade est apyretique et quitte le Service le 15 Juillet.

OBSERVATION III (Personnelle)

T... Michel, 3 ans 1/2. Entrée dans le service le 17 Juillet pour coqueluche. Le 7 Mars élévation de température. A l'examen de la gorge, on aperçoit des fausses membranes sur l'amygdale gauche; engorgement ganglionnaire du même côté. Température 39,5.

Un prélèvement est fait dont le résultat sera négatif. L'enfant reçoit cependant 80 cc. de serum en 2 jours. La gorge se nettoie, l'angine disparaît, ainsi que l'adenopathie. La température tombe à la normale et s'y maintient.

Le 17 Mars, soit 8 jours après cessation du serum, la température s'élève et les accidents seriques débutent par une éruption urticarienne, sur le ventre, les cuisses et les genoux. Cette éruption persiste 24 heures puis disparaît.

Le 24 Mars (15 jours après cessation du serum), nouvelle élévation de température, on aperçoit alors un ganglion situé à l'angle du maxillaire à droite. Rapidement, en 24 heures, il atteint le volume d'une noix et s'entoure de peria-denite. A la palpation cette masse est très dure et adhérente aux plans sous-jacents. La déglutition est difficile. L'examen de la gorge ne révèle rien de particulier, sauf l'hypertrophie des amygdales.

Le 28 Mars, la température revient à la normale, le ganglion diminue brusquement de volume.

Le 27 Mars, il ne reste plus trace d'adenite. A l'examen de la gorge, on aperçoit toujours les amygdales hypertrophiées, mais sans inflammation.

Voici quelques observations résumées publiées par MM. Mouriquand, Girardot, Bouvier et Dechaume, et concernant également la forme pure de l'Adenite serique.

OBSERVATION IV

R..., 18 mois. Entre le 29 Octobre pour angine diphtérique. Bacille de Löffler dans le prélèvement, petits ganglions sous-maxillaires. Les 3 jours suivants l'enfant reçoit en tout 90 cc. de serum.

Sept jours après la dernière injection les accidents seriques débutent par une éruption à type urticarien généralisée, très intense. Les 2 premiers jours sont apyretiques. le 3^e la température s'élève à 38,3.

Le quatrième jour, au matin : Tuméfaction ganglionnaire rétromaxillaire et carotidienne bilatérale, douloureuse, avec periadenite. La gorge a à ce moment un aspect absolument normal, la culture ne montre que les cocci habituels. Les autres territoires ganglionnaires sont indemnes. Les jours suivants apparition d'arthralgies.

Le 20 Novembre, tous les accidents sont en résolution. L'adenite a complètement fondu. La malade quitte le service le 23.

OBSERVATION V

A..., 3 ans 1/2. Entre le 20 Novembre pour angine pseudo-membraneuse intense, avec réaction ganglionnaire sous angulo maxillaire droite. Bacille de Löffler dans l'ensemencement.

Les 4 jours suivants l'enfant reçoit en tout 200 cc. de serum. Les accidents sériques débutent 7 jours après par une éruption urticarienne.

Le neuvième jour la température monte à 39 et on décèle une importante tuméfaction rétro-maxillaire, et sous-angulo maxillaire bilatérale ; à droite les ganglions sont plus volumineux formant une saillie notable en arrière de la branche montante du maxillaire. Ils sont noyés dans une masse de periadenité, l'ensemble est un peu douloureux. Il est à noter que cette réaction ganglionnaire contemporaine des accidents sériques est prédominante du côté où précisément, lors de l'angine se trouvait le territoire ganglionnaire atteint. L'examen de la gorge est négatif et la culture ne donne plus de Löffler. Le 11 décembre les adenopathies ont fondu entièrement, l'éruption va en s'atténuant, la température regagne la normale.

OBSERVATION VI

C..., 23 ans. Entre le 26 Novembre pour angine diphtérique remontant à 4 jours. Bacille de Löffler à l'examen direct. Petit ganglion sous maxillaire droit sans periadenite. Les jours suivants 150 cc. de serum. Sept jours après la dernière

injection, éruption d'intensité moyenne. Le 11^e jour la température remonte à 39 et la malade accuse une douleur sous la machoire du côté gauche ; le lendemain volumineuse tuméfaction ganglionnaire de la grosseur d'une noix avec périadenite. A ce moment l'examen de la gorge est négatif. La culture ne décèle plus de Löffler. Les jours suivants la résolution se fait avec rapidité.

OBSERVATION VII

Marcelle, 21 ans. Entre le 9 juin. Angine diphtérique, ganglions sous maxillaires peu accentués. Culture : Löffler, 130 cc. de sérum lyonnais en 4 jours.

Le 18 juin, éruption sérique légère urticarienne, en même temps qu'on remarque un ganglion de la grosseur d'une amende dans la région sous angulo maxillaire gauche. Le 22 juin, la température se maintient au dessus de 38, l'examen somatique n'explique pas cette poussée thermique. La gorge est entièrement nettoyée. Le 26 juin, la température est toujours élevée, la masse ganglionnaire signalée plus haut a considérablement augmenté de volume, elle s'étend sur une longueur de 4 à 5 travers de doigts, depuis la grande corne de l'os hyoïde jusqu'au niveau du lobe de l'oreille sur une largeur de 2 travers de doigts. Elle est dure, sensible à la palpation, mobile, non adhérente à la peau. A droite il existe une adenopathie sous angulo maxillaire moins volumineuse. Depuis 2 jours arthralgies.

Le 1^{er} juillet, les douleurs persistent, les masses ganglionnaires ont un peu diminué de volume, la périadenite sur-

tout est moins considérable. La malade quitte le service le 6 juillet complètement guérie.

OBSERVATION VIII

R... Joseph, 30 ans. Entre le 28 juin pour angine à fausses membranes. Malade gibbeux, vieux, tousseur, chétif. Température 39,2, ganglions sous angulo-maxillaire. Examen direct, culture : Loffler des 3 dimensions. 120 cc. de sérum en 4 jours (serum mixte).

Le 8 juillet, onze jours après le début du traitement, le malade présente une éruption urticarienne avec prurit. On constate également l'existence de 2 masses ganglionnaires cervicales aussi volumineuses à droite qu'à gauche, de la grosseur d'une noix. Ces ganglions ont apparu brusquement en quelques heures, car il n'y avait plus d'adenite cervicale dans les jours précédents.

Le 9 juillet, l'éruption sérique est plus marquée, les ganglions ont considérablement diminué de volume et sont à peine plus perceptibles que normalement.

10 juillet, l'éruption persiste toujours, le malade se plaint de douleurs articulaires, les masses ganglionnaires ont reparu, mais sont moins volumineuses qu'il y a 2 jours.

13 juillet. Une culture faite le 11 n'a pas montré de Loffler, les accidents sériques sont terminés ; les ganglions sont devenus normaux.

Sortie le 17 juillet, après une 2^e culture négative.

OBSERVATION IX

V... Renée, 3 ans. Entre le 31 octobre, angine diphtérique.

Examen direct et culture : Löffler, pas d'adénopathie nette en dehors de petits ganglions dans la nuque) d'allure chronique. 100 cc. de sérum lyonnais en 3 jours.

Le 14 Novembre, poussée thermique à 39,5, vite expliquée par l'éruption sérique qui dure 48 heures, la température tombe le 16.

Le 17, nouvelle poussée de température à 40° ; l'éruption a complètement disparu, mais apparition de volumineux ganglions sous maxillaires et carotidiens bilatéraux avec périadenite intense. Ils sont douloureux à la palpation. Il n'y a que peu de dysphagie, mais les mouvements de la tête font souffrir l'enfant.

Examen de la gorge : complètement négatif, pas de fausses membranes, même pas de rougeur ; d'ailleurs une culture faite le 15 n'a montré que des cocci divers sans Löffler.

Le 18 novembre. Température 39 ; les ganglions sont nettement diminués ; à aucun moment nous n'avons vu les autres ganglions hypertrophiés (axillaires, inguinaux). Le soir l'enfant fait une éruption sérique généralisée.

Le 20, l'éruption sérique a complètement disparu ; les ganglions encore volumineux hier ont complètement disparu, sauf les petits ganglions hypertrophiés à l'entrée. La malade est apyrétique.

Elle sort complètement guérie le 2 décembre.

OBSERVATION X

B... Joseph, 12 ans. Entre le 2 décembre pour angine diphthérique ayant débuté le 28 novembre. Légère adenite droite.

Examen direct, culture : Löffler. 170 cc. de sérum mixte en 5 jours.

Le 15 décembre, il n'y a plus rien à la gorge, pas de ganglion.

Le 16 décembre la température s'élève. On trouve des deux côtés de volumineux ganglions cervicaux qui ont apparu en quelques heures et augmentent progressivement pour devenir douloureux.

Le 18 décembre, éruption serique scarlatiniforme, généralisée avec arthralgie au poignet. Les ganglions cervicaux ont diminué de volume, ne sont plus douloureux.

Le 20 décembre : température 39, les ganglions sous-maxillaires restent douloureux, gros, non fluctuant.

Le 27 décembre, l'état général est excellent, température 37, les ganglions restent volumineux, la région carotidienne même est intéressée ; un examen d'O. R. L. n'a rien montré (bouche, nez, végétation adénoïde pouvant l'expliquer).

Une culture le 24 ne montre que du staphylocoque.

Le 30 décembre, le malade a encore des ganglions ; il a depuis le matin de l'œdème localisé au scrotum, et de l'adénite inguinale bilatérale, trace d'albumine.

Le 5 janvier, tout a disparu, sauf ganglions au cou qui n'existent plus au départ (11 janvier).

OBSERVATION XI

Joanny, Paul. Entre le 3 avril pour angine diphtérique, adénopathie sous angulo maxillaire. Examen direct positif : Löffler, 140 cc. de sérum lyonnais en 4 jours.

Le 18 avril, poussée thermique à 38,8 et éruption serique généralisée.

Le 21 alors que la culture du 17 ne montre que des staphylocoques, les ganglions sous augulo-maxillaires qui avaient presque complètement disparu augmentent brusquement de volume et atteignent le volume d'un œuf de pigeon à droite ; ils sont durs et douloureux au toucher.

Le 27 avril, les ganglions ont beaucoup diminué ; l'éruption n'a duré que 3 jours ; la température oscille encore entre 38 et 39. Le 4 mai, la température est normale ; une 2^e culture ne montre que des staphylocoques ; il ne reste que 3 petits ganglions carotidiens.

Un prélèvement nasal avait été fait au moment de la poussée ganglionnaire et n'avait pas montré de Löffler.

OBSERVATION XII

T... Henri, 5 ans. Entre le 14 avril pour angine diphtérique. Mauvais état général. Ganglions cervicaux volumineux. Albuminurie

117 centimètres cubes de sérum en 5 jours.

Au 10^e jour, après la première injection, la température qui s'est abaissée à 37, remonte à 38 ; une éruption de type urticarien apparaît avec arthralgies ; dès le lendemain, apparition brusque de volumineux ganglions cervicaux plus volumineux et douloureux que ceux que le petit malade avait à l'entrée et qui avaient complètement disparu. L'éruption disparaît après 48 heures, pour réapparaître après un jour d'extinction. A signaler que pendant la maladie se-

rique l'albumine avait disparu pour réapparaître pendant 48 heures à la fin de la deuxième poussée éruptive.

Le 4 mai la température était normale et les adenites complètement résorbées.

FORME MIXTE

OBSERVATION XIII (personnelle)

Mlle de M..., 26 ans. Entre dans le service le 14 décembre pour angine diphtérique ayant débutée le 8 décembre. Un prélèvement est fait et montre des bacilles de Löffler. La gorge est tapissée de fausses membranes, la voix est absolument couverte, le faciès est abattu. Température, 38,2, pouls 110, urines rares et albumineuses.

Du 14 au 21 décembre, la malade reçoit une quantité totale de 800 cc. de sérum. A ce moment les fausses membranes sont disparues, mais la gorge est encore rouge, on constate un peu de parésie du voile du palais, un prélèvement montre encore du bacille de Löffler. La température persiste.

Du 22 au 28 décembre, l'éruption sérique apparaît, puis les arthralgies qui sont généralisées, la température reste élevée, le pouls rapidé, l'albumine est disparue.

Du 29 décembre au 1^{er} janvier, la température descend, l'arthropathie disparaît ; mais une inflammation considérable de la région cervicale et sous maxillaire gauche appa-

raît, la région est empatée et augmente rapidement de volume, la peau est rouge et tendue. A la palpation on sent une tumeur, dure, adhérente aux plans sous-jacents, douloureuse et qui en impose pour un adeno-phlegmon, il n'y a pas de fluctuation, la dysphagie est complète, la voix est couverte ; à l'examen de la gorge on note de la rougeur et de l'œdème de la paroi latérale gauche, le voile du palais est dévié à droite ; une laryngoscopie montre une paralysie des adducteurs. L'ensemencement du prélèvement révèle le bacille de Löffler. L'état général est mauvais, pouls 120. Température 37,8.

Le 2 janvier, de violentes gastralgies apparaissent, l'état de la malade reste stationnaire, avec un pouls rapide et une température élevée avec oscillations jusqu'au 6 janvier. A partir de ce moment, la température tombe, l'inflammation de la région disparaît. On localise nettement les masses ganglionnaires cervicales et sous maxillaires.

Le 8 janvier tout est rentré dans l'ordre. La malade est apyrétique, l'adenite a fondu, les urines sont normales. Seule la parésie du voile du palais et des adducteurs persistent jusqu'au départ.

Le 23 janvier, nouvelle laryngoscopie, la paralysie existe encore, mais très légère, la malade s'alimente et entre en convalescence, il ne reste plus trace d'adenopathie.

OBSERVATION XIV

G... Eugénie, 30 ans. Entre le 11 janvier pour angine diphtérique. Etat général assez grave. Température 39,5 ;

subictère, albuminurie, ganglion sous-augulo maxillaire à droite, Loffler à l'examen direct, sérum mixte, 260 cc. en 7 jours.

Pendant les 4 premiers jours, état grave, ganglions volumineux.

Le 18 janvier seulement, toutes les fausses membranes ont disparu, les ganglions sont moins volumineux et ne sont plus douloureux.

Le 20, éruption de type urticarien.

Le 24, l'éruption est devenue plus généralisée, mais érythémateuse, la température se maintient au-dessus de 38 et dès le lendemain de l'éruption les ganglions cervicaux ont augmenté de volume, surtout à droite. Cette augmentation de volume a été rapide ; il faut signaler qu'il y a quelques points blancs sur les amygdales ; leur culture ne montre que des cocci sans Loffler.

Le 27 Juillet, tout a disparu, l'éruption a duré 6 jours, la température est normale, il n'y a plus rien à la gorge et en une nuit les ganglions ont disparu.

La malade a d'ailleurs eu dans la suite une nouvelle culture positive au Loffler. Elle a fait une paralysie du voile.

Sortie le 24 Février.

FORME AVEC INFECTION SECONDAIRE

OBSERVATION XV (Personnelle)

Mlle X..., 21 ans. Entre dans le Service le 24 Août pour angine diphthérique ; les amygdales sont volumineuses et recouvertes de fausses membranes épaisses, les parois du

pharynx œdématisées, la deglutition et la phonation presque impossible. Température 39,9. Albuminurie.

Ensemencement positif : Loeffler.

On fait à la malade pendant 4 jours une dose totale de serum de 210 cc., la gorge se nettoie peu à peu, l'albuminurie très importante persiste jusqu'au 8^e jour. Un prélèvement donne alors un résultat négatif.

Le 3 Septembre. Les accidents seriques apparaissent. La température monte à 40°, l'éruption débute sur l'abdomen. Douleurs articulaires aux coudes et aux genoux. On note une adenite cervicale bilatérale accentuée surtout à gauche où un gros ganglion douloureux et dur fait saillie à l'angle du maxillaire.

Jusqu'au 6 Septembre l'éruption urticarienne et scarlatini-forme selon les régions, persiste, envahissant la figure, les bras, les jambes où elle affecte une forme purpurique. Au niveau de l'epigastre des sudaminas apparaissent.

Le 6 Septembre, l'adenopathie augmente encore de volume. Température 40,3. La malade ne peut ouvrir la bouche, et se plaint de violents maux de tête. Insomnie, dysphagie et anorexie complète, diarrhée.

L'examen de la gorge est très difficile, la malade ne pouvant pas ouvrir la bouche suffisamment, on aperçoit cependant les amygdales volumineuses et très rouges. La malade est prostrée, le pouls est un peu défaillant. Traitement : adrenaline et chlorure de calcium.

Le 7 Septembre, injections intraveineuses de septicemine.

Le 8 Septembre, la température tombe à 37,8 le matin, mais remonte le soir à 40,5. Le ganglion droit augmente de

volume, palpation très douloureuse. Toute la région semble infiltrée, la gorge est rouge et œdématisée, la langue est sèche et rouge. Grands lavages au bock ne soulageant pas la malade. La diarrhée persiste sans autre trouble du côté de l'appareil digestif.

Du 8 au 12. La température est à grandes oscillations entre 38,8 et 40,4. La malade est très abattue. Une seconde injection de septicemine fait tomber momentanément la température à 38.

Le 12. Température 39,6. Tout le côté droit du cou semble le siège d'une inflammation très vive à forme phlegmoneuse, on perçoit une légère fluctuation au niveau du ganglion.

Le 14. La malade passe dans un service de chirurgie. Ouverture de l'abcès. L'état général s'améliore rapidement, la diarrhée disparaît. Tout rentre dans l'ordre normal les jours suivants.

OBSERVATION XVI

A... Suzanne, 13 ans. Entre le 16 Avril pour angine diphthérique. Température 39 ; état général médiocre, ganglions sous angulo maxiliaires bilatéraux ; examen direct positif pour le Löffler.

150 cc. de serum en 4 jours.

Au 10^e jour après la première injection sans modification thermique, éruption urticarienne discrète et fugace, accompagnée d'arthralgies.

Le 14^e jour, brusque élévation de température à 39,4 et adénopathie carotidienne bilatérale volumineuse, doulou-

reuse, gênant les mouvements de la tête ; le cou a l'aspect préconsulaire ; il y a de l'œdème sous cutané, et periadenite assez marquée.

Le 3 Mai chute de la température et les ganglions deviennent moins douloureux ; le 4 les ganglions droits ont presque disparu, mais à gauche ils conservent le même volume et l'on croit sentir un point fluctuant ; 2 cultures pharyngées faites pendant l'adenite ont été négatives pour le Loeffler.

OBSERVATION XVII

Louis, 33 mois. Entre le 21 janvier pour angine diphtérique. Ganglions sous angulo maxillaires. Bacille de Loffler à l'examen direct. Serum mixte : 150 cc. en 5 jours.

Le 18 janvier, amélioration nette ; il ne persiste plus qu'un petit point blanc. Les ganglions ont presque disparu.

Le 22, la température monte, éruption serique, les ganglions cervicaux ont augmenté de façon notable et très rapidement, ils sont douloureux, il y a un léger trismus. La culture de la gorge montre encore des Bacilles de Loffler et des coccis.

Le 30 janvier, les ganglions qui avaient fortement augmenté de volume se sont accompagnés de periadenite, la fluctuation est apparue. Une incision gauche a montré du pus bien lié contenant des streptocoques.

L'éruption serique a disparu depuis hier, et la température qui s'était maintenue autour de 40, descend régulièrement.

L'enfant a fait par ailleurs dans la suite une otite puru-

lente gauche, une paralysie du voile, une paralysie faciale.

Puis otite droite et un abcès ganglionnaire droit.

Résumé de l'Observation publiée par P. Vallery Radot

Il s'agissait d'un homme peut-être sensibilisé par une injection de serum antitétanique en 1909 et qui sept ans plus tard, à l'occasion d'une injection de 30 centimètres cubes de serum antidysentérique, fit une série de troubles graves, au sixième jour de l'anémie et du subictère ; au septième jour une éruption d'urticaire au point d'injection en même temps des ganglions axillaires, inguinaux et une hypertrophie de la rate, et le soir même après une poussée de température, une éruption d'urticaire avec prurit généralisé, agitation, dyspnée, vomissements, céphalée ; le huitième jour amélioration ; le neuvième jour la température baisse, il reste de l'asthénie, de l'oligurie ; le dixième jour décharge uréique, les jours suivants seuls les ganglions persistent encore.

CONCLUSIONS

I. — L'Adenite sous maxillaire ou cervicale dans la convalescence de la diphtérie peut survenir et être considérée comme un accident serique. Elle peut précéder les autres accidents seriques ou les suivre, elle est rarement isolée comme manifestation unique de la maladie serique.

II. — L'Adenite existant au début d'une diphtérie, persistant ou non pendant la convalescence, reçoit au moment des accidents seriques et du fait des réactions humorales qui se produisent à leur sujet, comme un coup de fouet qui la fait augmenter brusquement de volume, et constitue une des multiples formes de ces accidents.

III. — La résolution complète et rapide est de règle, la suppuration est exceptionnelle ; très rare aussi est l'hypertrophie chronique. Dans les formes pures c'est la disparition rapide, spontanée, au bout de 3 ou 4 jours. Dans les formes associées le pronostic est moins bénin, mais la guérison est de règle.

IV. — L'Adenite de la convalescence de la diphtérie, contrairement à celle du début, n'a pas de valeur pronostique pour cette affection.

V. — L'Adénite serique paraît plus fréquente après l'angine grave qu'après l'angine légère, mais elle paraît indépendante de la quantité de sérum employée.

VI. — L'Adénite serique est surtout fréquente au cours de la diphtérie. Mais le sérum antidiphtérique n'a pas le monopole de ces accidents ; d'ailleurs ses qualités spécifiques n'interviennent pas. Ce sont les principes hétérogènes, encore mal connus, contenus dans le sérum normal de cheval, qui semblent commander ces accidents. L'élément microbe ou toxine joue un rôle en se surajoutant aux propriétés du sérum normal de cheval, ce qui explique la localisation.

Vu, le Doyen

ROGER

Vu

Marcel LABBÉ

Vu et permis d'imprimer

Pour le recteur

L'Inspecteur de l'Académie

MAURELLET

BIBLIOGRAPHIE

- PEHU et DURAND. — Annales de Médecine, 1920, p. 196, où se trouve une bibliographie complète sur l'anaphylaxie et les accidents seriques.
- BIZE. — Thèse de Paris, 1889. Action du Serum de Roux et du Serum de Marmorek sur les globules sanguins.
- BOUCHE et HUSTIN. — Chocs thérapeutiques contre chocs morbides.
- P. COURMONT. — Traité de Médecine, vol. 7. Maladie du Serum.
- LAUMONIER. — Monde Médical, Janvier 1923. Maladie du Serum.
- L. MARTIN. — Congrès de Médecine 1912 (13°).
- NETTER. — Archives de Médecine des Enfants, 1916. Les accidents consécutifs aux injections de serum.
- ROLLESTON. — Adenites cervicales et sous maxillaires dans la convalescence de la diphtérie. British Journal of Children's diseases, oct 1908. In Archives de Médecine des Enfants, 1909, p. 789.
- P. Vallery RADOT. — S. M. H. P. 1916, p. 2.078. Réactions sanguines multiples dans un cas d'accidents seriques.
- WIDAL et ROSTAINE. — S. M. H. P. 26 Mars 1905, p. 424. Pathogénie des accidents seriques.

MOURIQUAND et DECHAUME. — Lyon Médical 1923, p. 953.

L'Adenite serique.

MOURIQUAND, GIRARDOT et BOUVIER. — Lyon Médical 1924.

T. I. p. 791. Quelques cas d'Adenites seriques.

MARFAN et LE PLAY. — Recherches sur la pathogénie des accidents serothérapiques. S. M. H. P. 24 Mars 1905, p. 274.

IMP. JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS, 15, RUE RACINE, PARIS
